FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1961 — N° 98

Traitement de la Luxation Antérieure Récidivante de l'Épaule

Procédé de Noske - Trillat

THÈSE

présentée
à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le 12 Juin 1961
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

ROULLET Jacques

né le 1 Janvier 1928
à Blanes, Province de Gerona (Espagne)

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DE LYON

Année 1961 — N°

Traitement de la Luxation Antérieure Récidivante de l'Épaule

Procédé de Noske - Trillat

FACULTÉ DE MÉDECINE LYON

THÈSE

présentée

à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon

et soutenue publiquement le 12 Juin 1961

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

ROULLET Jacques

né le 1 Janvier 1928

à Blanes, Province de Gerona (Espagne)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

M. J. LEPINE : Doyen Honoraire

M. H. HERMANN : Doyen
Correspondant de l'Institut

M. M. LEVRAT : Assesseur.

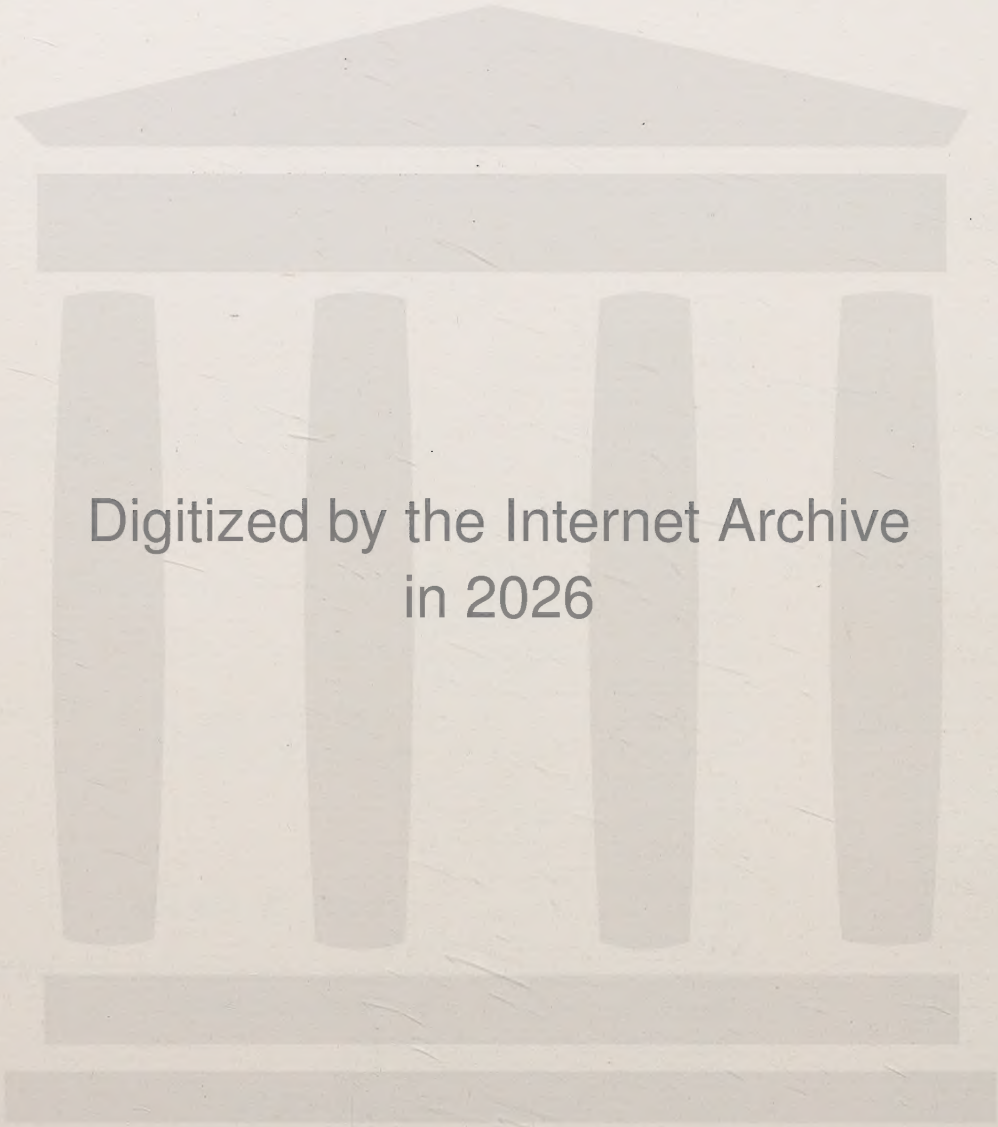
Professeurs Honoraires

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

Professeurs

MM.	HERMANN	Physiologie
	CIBERT	Clinique Urologie
	PONTHUS (détaché à Beyrouth)	- Physique Biologique
	DECHAUME	Clinique Neuro-Psychiatrique et Hygiène mentale
	ROCHET	Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire
	CHAMBON	Chimie organique et Toxicologie
	WERTHEIMER	Clinique Chirurgicale B
	PAUPERT-RAVAULT	Clinique Médicale B
	FROMENT	Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires
	CROIZAT	Clinique Médicale C
	ENSELME	Chimie biologique et médicale
	MALLET-GUY	Clinique Chirurgicale A
	GUILLEMINET	Clinique de Dhirurgie orthopédique et de Chirurgie Infantile
	REVOL	Pharmacie Galénique et Matière Médicale
	POLOSSON	Clinique Gynécologique
	PIGEAUD	Clinique Obstétricale
	BOURRET	Médecine du Travail
	LEVRAT	Clinique Médicale A
	SOHIER	Hygiène et Action sanitaire et sociale
	DUCLOS	Clinique Stomatologique
	BERNHEIM	Clinique Médicale infantile et Hygiène du premier âge
	JOURDAN	Biologie Médicale et Pharmacodynamie
	NETIEN	Botanique et Cryptogamie
	BERTRAND	Clinique Chirurgicale C
	BADINAND	Chimie Analytique Pharmaceutique
	DREVON	Pharmacie chimique et Pharmacologie
	ROCHE	Médecine Légale et Déontologie
	COUDERT	Parasitologie et Pathologie Exotique
	MOUNIER-DUHN	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie et d'Audio-Phonologie
	PAUFIQUE	Clinique Ophtalmologique
	THIERS	Clinique de Dermatologie, Syphiligraphie et Allergologie
	BRUN	Clinique de Pneumo-Phtisiologie
	CREYSSEL Jean	Clinique Traumatologique des Membres
	DARGENT	Cancérologie

...


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550007_0032

MM.	GUICHARD	Anatomie Pathologique
	GIRARD Paul	Pathologie Générale et Expérimentale
	LATARJET	Anatomie
	PEYCELON	Pathologie Chirurgicale
	GIRARD Marcel	Thérapeutique
	VACHON	Pathologie- Médicale
	GALY	Physio-Pathologie des voies respiratoires
	KEHL	Histologie
	PAPILLON	Radiologie
	JEUNE	Clinique des Maladies Infectieuses
	GONIN	Hydrologie thérapeutique, climatologie et Ecologie sociale
	MONNET	Bactériologie

Professeurs à titre personnel

MM.	BERGER	Physique nucléaire appliquée à la Médecine
	DORCHE	Technologie Pharmaceutique

Professeurs sans chaire

MM.	BANSSILLON	Obstétrique	CIER Jean-François	Physiologie
	ROMAN	Parasitologie	CHATONNET	Physiologie
	BERTOYE	Bactériologie		

Maîtres de Conférences - Agrégés

MM.	CIER André	Pharmacie et Pharmacologie
	PERROT Louis	Chimie organique et Toxicologie
	FEROLDI Jacques	Anatomie Pathologique
	CREYSSEL Roger	Chimie biologique et médicale
	DUROUX Emile	Anatomie
	BRETTE René	Thérapeutique
	DUMONT Louis	Histologie
	THIVOLET Jean	Hygiène
	GARIN Jean-Paul	Parasitologie
	MORET Robert	Physique
	ODDOUX Lucien	Botanique et Cryptogamie

Agrégés en exercice

MM.	LECUIRE Jean	chargé d'enseignement	Neuro-chirurgie
	MATHIEU Jacques		Obstétrique
	MARION Joseph		Orthopédie
	PONT Maurice	chargé d'enseignement	Propédeutique médicale
	VIGNON Georges	d°	Pathologie Médicale
	REVOL Louis	d°	Pathologie Médicale
	JAUBERT DE BEAUJEU	d°	Pathologie Chirurgicale
	GUILLEMIN Georges	d°	Propédeutique Chirurgicale
	BURTHIAULT René	d°	Obstétrique
	FRANCOIS René	d°	Pédiatrie, Puériculture
	GUINET Paul		Médecine Générale
	SAUTOT Jean		Pathologie chirurgicale

....

MM. MARION Pierre		Chirurgie générale
MICHAUD Pierre		Chirurgie générale
GINOUX Marcel		Oto-Rhino-Laryngologie
FREIDEL Charles		Stomatologie
PLAUCHU Marcel		Médecine générale
TRAEGER Jules		Médecine générale
DEVIC Michel	Chargé d'enseignement	Pathologie Médicale
COLIN Marcel	d°	Médecine Légale
GUYOTAT Jean	d°	Neurologie
DUMONT Martial	d°	Obstétrique
DURAND Louis	d°	Urologie
DE MOURGUES Georges	d°	Chirurgie générale
DESPIERRES Charles	d°	Médecine générale
FRANCILLON Jacques		Chirurgie générale
TOLOT François		Médecine du Travail
SAUBIER Eugène		Chirurgie générale
COLOMB Daniel		Dermatologie
SCHOTT Bernard		Neurologie, Psychiatrie
BONAMOUR Georges		Ophtalmologie

Examineurs de la thèse

MM. Pr GUILLEMINET
P.A. TRILLAT
P.A. De MOURGUES
P.A. GUILLET

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur GUILLEMINET

Nous avons eu l'honneur d'être son interne. L'érudition, la sagesse, et la patience avec lesquelles il se consacre à son art ont fait notre admiration,

Nous lui sommes infiniment reconnaissant de nous avoir réservé le privilège de présider notre Jury.

A NOS MAITRES ET JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé TRILLAT

Pendant plus de trois semestres, nous avons eu l'avantage d'être son interne. Il nous a conquis par ses principes, enthousiasmé par ses projets, séduit par sa bienveillante personnalité.

Il nous a fait l'honneur de nous confier dans ce travail l'exposé d'une technique chirurgicale qui lui est chère.

Nous avons fait de notre mieux pour être le fidèle dépositaire de sa pensée et nous l'assurons de notre respectueux et sincère attachement.

Monsieur le Professeur Agrégé de MOURGUES

Les caprices du "choix" de l'internat ne nous ont pas permis d'être son interne. Mais, à chaque moment de notre carrière naissante, nous bénéficions des conseils d'orthopédiste éclairé qu'il nous prodigua, dans le Service du Professeur CREYSSEL, dont nous étions le turbulent externe.

Nous lui sommes infiniment reconnaissant de la sympathie dont il nous a témoignée en acceptant d'être notre juge.

Monsieur le Professeur Agrégé GUILLET

L'opportunité de ce travail nous conféra l' honneur de lui être présenté. Il accueillit notre requête avec sollicitude et nous formulons le souhait d'avoir l'occasion, plus tard, de lui témoigner notre profonde reconnaissance.

TRAITEMENT DE LA LUXATION ANTERIEURE RECIDIVANTE DE L'EPAULE

PROCEDE DE NOSKE -TRILLAT

Albert Trillat, élève de Louis Tavernier, eut recours naguère pour le traitement de la luxation antérieure récidivante de l'épaule, à l'opération de Oudart.

Mais, il devait partager la déception de son maître qui en vint à écrire en 1950, que cette opération : "Ne méritait pas la confiance absolue qu'il avait mise en elle en 1923."

A l'instar du Pr Merle d'Aubigné, Albert Trillat eut alors recours aux sutures de la brèche capsulaire; mais sceptique quant à l'opportunité des artifices techniques de l'opération de Bankart, ses préférences allèrent au procédé de Délitala.

Il essaya de même le procédé de Caméra, procédé d'exécution très simple, très rapide, a même de créer au devant de l'articulation, la réaction de fibrose à laquelle aboutit d'autres techniques beaucoup plus compliquées, mais, pour lesquelles Louis Tavernier objecta qu'un tel bloc fibreux ne manquerait pas de se distendre.

Puis, convaincu de la nécessité de fermer le défilé omo-coracoïdien sur laquelle avait insisté Padovani, il eut recours à l'abaissement de la coracoïde de Noske qu'utilisait éventuellement le Pr Merle d'Aubigné, et le Pr Guilleminet. Mais la précarité de ce montage ne le satisfît pas ; aussi, pensa-t-il le fixer à l'aide d'une vis ou d'un clou, planté dans le col de l'omoplate, qui du même coup plaquait la capsule contre le rebord glénoïdien, et oblitérait le décollement de Broca et Hartmann

Telle fut la Genèse de l'opération qui fait l'objet de ce travail. L'efficacité de ce procédé opératoire fut établie par l'enquête qu'il nous confia sur les résultats éloignés des 71 cas qu'il opéra de cette façon.

L'expérience d'Albert Trillat portant sur les 91 observations que nous rapportons ici, a permis de préciser d'une part sur le plan éthiologique ce qui revient au congénital, et qui avait déjà été entrevu par Louis Tavernier, et d'autre part, sur le plan physiopathologique l'importance des lésions du bourrelet sous un aspect nouveau qu'avait pressenti Delitala.

BASES ANATOMO-PATHOLOGIQUES DU TRAITEMENT

L'étude anatomo-pathologique de la luxation antérieu récidivante de l'épaule est complexe et ses composantes affectent les surfaces articulaires, les bourrelets glénoïdens, l'appareil capsulo-périosté et la chape musculo-tendineuse de l'article.

1° LESIONS DE LA TETE HUMERALE

La tête humérale est habituellement échancrée verticalement au niveau de son quartier postéro-latéral.

Cette encoche en quartier d'orange avait été naguère décrite par Broca, Hartmann et Malgaigne

C'est l'examen radiologique qui témoigne le plus souvent de cette lésion dans la mesure où l'on a recours à des incidences appropriées qu'il s'agisse d'incidences antéro-postérieures, le bras étant en rotation interne ou qu'il s'agisse d'incidences axillaires que nous pratiquons à titre systématique.

Sur les radiographies ce défaut se présente comme l'ont décrit Hill, et Sach, sous la forme d'une dépression située au niveau le plus haut et le plus externe de l'image de la tête humérale, prolongée vers le bas d'une zone de densification de la trame osseuse, parallèle à l'axe de la diaphyse.

Il est difficile d'exprimer la profondeur de cette encoche, Rowe l'apprécie de façon subjective en distinguant les encoches sèvères et modérément sévères des encoches légères ; les dernières correspondent à ce que la plupart des auteurs considèrent comme un simple applatissement de la tête à ce niveau (Brav).

Chirurgicalement, pour pouvoir observer ce défaut, il est nécessaire par la voie d'abord antérieure usuellement pratiquée, de luxer la tête hors de la capsule après une large arthrotomie.

La fréquence de cette lésion est diversement appréciée : Hill et Sach 74 % - Eyre-Brook 64 % - Bray 82 % - Palmer et Widen 100 % - Rowe 57 % -

Dans notre statistique personnelle, nous relevons sur 40 dossiers radiologiques 18 cas d'encoches postéro-latérales. Mais il est difficile de tirer des conclusions de ce chiffre car nous ne pouvons affirmer la constance de la rigueur avec laquelle les radiographies ont été exécutées.

La plupart des auteurs considèrent cette encoche comme une lésion acquise d'origine traumatique (Wadson Jones, Hill et Sach) ; il semble bien s'agit d'une fracture parcellaire de la tête humérale consécutive à l'impact de la tête contre le bord antérieur de la glène, lors de la luxation initiale, lors des récidives, peut être aussi lors des manoeuvres de réduction de type Kocher.

Cette lésion n'est pas absolument pathognomonique puisque Rowe l'a constaté au niveau d'épaulesvierges d'antécédents de luxation, mais, qui avaient subi cependant des traumatismes d'autre nature.

Par contre, Grégoire pensait que l'encoche était d'origine dystrophique, incriminant la dysharmonie de la croissance osseuse entre le noyau céphalique et le noyau épiphysaire.

Un autre défaut morphologique que l'on observe au cours de la luxation récidivante de l'épaule est représenté par la déformation en hachettes de la tête humérale. Certains auteurs (Didier) pensent qu'une encoche sévère peut conférer à la tête humérale une silhouette radiographique de hachettes. D'autres, pensent qu'il s'agit là d'une véritable malformation congénitale ou dystrophique de la tête humérale, fémoralisation de l'extrémité supérieure de l'humérus qui réaliserait la predisposition ménanique obtima à la luxation récidivante.

Le problème de l'origine congénitale de la luxation récidivante de l'épaule est posée du fait de l'absence dans les antécédents de certains patients d'une luxation traumatique vraie à l'origine de la maladie. On ne peut pas parler en réalité de luxation congénitale récidivante de l'épaule, puisqu'on ne l'observe jamais chez l'enfant ou le nourrisson. Mais, la luxation récidivante dite essentielle, existe réellement.

En faveur du facteur dystrophique plaident deux faits : d'une part, le fait que le maximum de cas est observé dans les deux sexes au décours de l'adolescence, à cet âge où chez la femme, apparaissent les premières manifestations de subluxations récidiventes de la rotule, qui semblent procéder d'un processus semblable ; d'autre part, le fait que cette lésion est souvent bilatérale (sans que pour autant la luxation soit bilatérale, ce qui atténue la responsabilité de cette déformation).

2° ETAT DU BORD ANTERIEUR DE LA CAVITE GLENOIDE .-

Le bord antérieur de la cavité glénoïde est dénudé dans la mesure où le bourrelet glénoïdien a perdu ses connexions osseuses.

Mais on le trouve parfois arrondi émoussé, éculé (6 cas sur 91) - correspondant aux cas où les récidives ont été très fréquentes).

L'absence d'un rebord glénoïdien antérieur rend bien téhorique l'exécution d'un procédé de réinsertion capsulaire et compromet l'efficacité des butées extra-articulaires. Aussi peut-on penser que de telles circonstances constituent une judicieuse invitation à l'exécution d'un procédé de butées intra-articulaires, type Eden-Hybinette, susceptible de remodeler la cavité glénoïde en l'approfondissant, ou bien, comme Moseley l'a proposé, à remplacer ce rebord glénoïdien par une prothèse en vitallium.

3° LES LESIONS DU BOURRELET GLENOIDIEN .-

Le bourrelet glénoïdien normal est un anneau fibro-cartilagineux de section triangulaire. Par sa face profonde il s'insère sur le rebord glénoïdien. Sur sa face périférique s'insère le manchon capsulaire qui lui fournit un contingent vasculaire destiné à sa propre vascularisation. Sa face articulaire, par sa concavité, approfondit la cavité glénoïde, sans pour autant apporter à l'articulation un moyen supplémentaire de coaptation à la façon du bourrelet cotyloidien de la coxo-femorale.

Dans le contexte de la luxation antérieure récidivante de l'épaule, l'arthrotomie permet de constater que le bourrelet glénoidien peut être lésé soit dans ses insertions glénoidiennes et capsulaires, soit dans son intégralité (52 cas de lésions du bourrelet sur 91 cas opérés).

Les dispositions suivantes peuvent être observées :

a) un segment de bourrelet en général antérieur parfois supérieur, inférieur ou postérieur, peut être décollé du rebord glénoidien tout en restant solidaire de la capsule sur toute sa circonférence (29 cas).

b) parfois, c'est la capsule qui à ce niveau est détachée du bourrelet, qui reste solidement insérée sur le rebord glénoidien (4 cas).

c) ou bien, le bourrelet glénoidien, détaché à la fois du rebord glénoidien et de la capsule soit, au niveau de son arc antérieur, soit sur tout son périmètre, est luxé dans l'interligne (9cas).

d) parfois, comme l'ont également signalé Délitala et Palmer, le bourrelet fendu longitudinalement au niveau de son arc antérieur, présente une anse luxée dans l'interligne, lésion tout à fait comparable à la lésion méniscale entraînant un blocage du genou (4 cas).

e) quelque soit le type de lésion que le bourrelet présente, la continuité de celui-ci peut être rompu de telle sorte qu'il présente, soit des languettes flottant dans l'interligne, soit une perte de substance, qu'éventuellement on retrouve sous la forme de corps étrangers intra-articulaires (6 cas).

L'origine traumatique des lésions du bourrelet n'est pas discutable. Mais nous reviendrons sur la place exacte qu'il faut lui accorder, dans le cadre de cette entité anatomo-pathologique qu'est la luxation récidivante de l'épaule.

4° LES LESIONS CAPSULAIRES

L'arthrotomie permet de vérifier la presque constance de la désinsertion du manchon capsulo-ligamentaire, et du décollement capsulo-périosté au devant du col de l'omoplate qu'avait décrit Broca et Hartmann.

La cavité ainsi créée est constituée en arrière par la face antérieure du col de l'omoplate, le bord antérieur de la glène et quelque fois le bourrelet glénoïdien s'il est resté adhérent à l'os; en avant, cette cavité est constituée par du périoste donnant attache aux fibres les plus profondes du sous-scapulaire.

Ce périoste et la jonction capsulo-périostée sont de qualité variable : parfois, il s'agitd'un plan résistant, comprenant éventuellement le bourrelet, propice à de solides sutures. Parfois, aucontraire on a l'impression que le sous-scapulaire recouvre directement la cavité ; après que l'on ait sectionné puis récliné son extrémité humérale, il ne reste plus qu'un simple vélum inexploitable pour des sutures.

Le mécanisme de formation du décollement capsulo-périosté est discuté :

Certains auteurs (Ivar Palmer et Widen) contestent franchement la réalité d'un tel décollement capsulo-périosté. Au cours de leur expérience qui porte sur 60 cas, ilsaffirment n'avoir jamais constaté l'existence de fausses cavités articulaires dues au décollement capsulo périosté et pensent que de nombreux chirurgiens se sont laissé abusé

par des aspects anatomiques normaux de la bourse du sous-scapulaire ou du recessus sous-scapulaire de la capsule.

Nous ne souscrivons pas à cet opinion, car notre expérience nous a informé de la réalité de cette cavité. Mais comment l'expliquer ?

Théorie traumatique.-

La majorité des auteurs considèrent que sa formation est contemporaine de la première luxation ; la plupart du temps ce décollement capsulo-périosté cicatrise; dans certains cas, il ne cicatrise pas, et sa persistanceconstitue une cause prédisposante à la récidive. On a dit que cette absence de cicatrisation du décollement capsulo-périosté était imputable à l'insuffisance du traitement de la luxation initiale, mais les statistiques de Rowe ne semble pas confirmer ce point de vue.

Théorie congénitale .-

Le fait qu'un décollement capsulo-périosté ne se comble pas par le processus d'ossification, de l'hématome sous jascent à un âge où le potentiel ostéogénique est encore débordant, nous incite à penserque la cavité qu'il représente était préexistante à la luxation.

En d'autres termes, nous pensons que ce qu'il est habituel de nommer décollement capsulo-périosté de Broca et Hartmann, est une cavité congénitale située au-devant du col de l'omoplate et constitue à la fois un facteur prédisposant à la luxation à la récidive.

Cela explique pourquoi Louis Tavernier avait constamment trouvé cette poche tapissée de synoviale et qu'il la considérait comme un diverticule articulaire . Cela explique également pourquoi des chirurgiens dont la bonne foi et l'expérience ne sauraient être mises en doute, ont contestéla signification de cette cavité.

5° LESIONS DES MUSCLES PERI-ARTICULAIRES .-

Quelques cas de désinsertion du sous-scapulaire ont été mentionnésdans la littérature (Hyre-Brook)

CONCLUSION .-

Les lésions qui concourrent à l'instabilité de l'épaule dans la luxation antérieure récidivante de l'épaule sont :

- les déformations de la tête humérale.
- les lésions du bord antérieur de la glène.
- les lésions du bourrelet glénoïdien.
- la fausse cavité articulaire située au devant du col de l'omoplate.

BASES PHYSIOPATHOLOGIQUES DU TRAITEMENT

Au cours d'un mouvement composé d'abductions et de rotations externes, la tête humérale fait irruption dans le triangle omo-coracoïdien. Dans cette viciation du fonctionnement de l'épaule, la responsabilité imputable à chacun de ces aspects anatomo-pathologiques, a été diversement appréciée.

1° ROLE DE L'ENCOCHE POSTERO LATERALE DE LA TETE HUMERALE .-

Il est aisé de concevoir que les mouvements de rotation externe amènent l'encoche vers les parages du bord antérieur de la glène, qu'elle franchit si l'amplitude du mouvement est suffisante. Aussi, un nombre de procédés tirent-ils leur efficacité de la limitation de la rotation externe qu'il s'agisse de la myoplastie du sous scapulaire qu'on proposée avec des modalités différentes Putti et Platt, Osmond Clark, Magnuson, qu'il s'agisse de la myoplastie du petit pectoral de Dickson et O'Dell qu'il s'agisse de n'importe quel procédé qui crée au devant de l'articulation une cicatrice suffisamment rétractile quels que fussent leurs objectifs initiaux.

Plus récemment, Masmonteil et Illouz ont proposé pour supprimer cette dépression responsable de l'accrochage, de luxer la tête humérale, d'abraser au ciseau droit la lèvre postérieure de l'encoche, ce qui désinsère en partie les rotateurs externes et crée un allongement de ces rotateurs. (lorsque cette encoche est isolée, ces auteurs terminent l'opération par une plicature de la capsule et une myoplastie du sous scapulaire).

2° ROLE DE LA DEFORMATION EN HACHETTES DE LA TETE HUMERALE .-

On conçoit qu'une telle déformation pivote dans la cavité glénoïdienne de façon ex-centrée qui la conduit hors de cette cavité s'il existe une laxité articulaire antérieure suffisante.

3° ROLE DES LESIONS DU BORD ANTERIEUR DE LA GLENE .-

Ce rôle est évident : d'une part ces lésions agravent l'incongruance articulaire de l'épaule, d'autre part, elles constituent pour la tête humérale un plan incliné qui la conduit directement au devant du col de l'omoplate.

4° ROLE DU DECOLLEMENT CAPSULO-PERIOSTE .-

Il est d'une importance pathologique et chirurgicale fondamentale, puisque c'est lui qui sert de réceptacle à la tête humérale luxée dans le défilé omo-coracoïdien. Par ailleurs, comme l'a montré Townley en prêtant encore à la laxité capsulaire normale, il permet à l'encoche postérieure d'approcher plus facilement en rotation externe le bord antérieur de la glène.

L'effacement ou la suppression de cette cavité est une condition indispensable pour obtenir une guérison effective de la luxation récidivante. Tel est bien le but que se propose l'opération de Bankart, procédé idéal si l'on considère qu'il s'agit là d'un décollement capsulo-périosté,

post traumatique, mais qui nécessite également une conjoncture idéale pour être exécutée : bourrelet intact, jonction capsulo-périostée solide et bord antérieur de la glène intact. L'absence de l'une de ces conditions, ce qui est loin d'être exceptionnel, ajoute considérablement à la difficulté inhérente au procédé lui-même, et compromet du même coup son efficacité. Les mêmes objections peuvent être faites au procédé de Délitala et au procédé de Roux et du Toit de Johanesbourg.

5° ROLE DES LESIONS DU BOURRELET GLENOIDIEN .-

Premier point, les différentes statistiques concordent sur le caractère relativement contingent des lésions du bourrelet; par ailleurs, De Palma et ses collaborateurs ont constaté l'existence de décollement du bourrelet au cours de dissections de sujets d'âge adulte exempt d'antécédents de luxation de l'épaule. Pour De Palma, le décollement du bourrelet est la conséquence normale des tractionsqui s'effectuent dans les conditions normales sur la chape musculo-tendineuse de l'épaule (ceci est dû à la solidarité du bourrelet et de la "cuff" sur laquelle avait déjà insisté André Latarjet).

Deuxième point, les lésions observées au niveau du bourrelet glénoïdien, évoquent singulièrement celles que l'on constate au niveau du ménisque interne du genou. A cette analogie, anatomo-pathologique se superpose la similitude de la symptomatologie méniscale du genou, et donne un certain aspect clinique de la luxation récidivante de l'épaule fait d'instabilité, de sensations de dérangement interne, de ressauts, de subluxation.

Ceci étant donné, il est difficile de conclure que les lésions du bourrelet quels que soient leurs aspect constituent en elles seules la cause des récidives.

Par contre, nous les rendons responsables de ces symptômes communs avec la pathologie méniscale du genou, que nous classons sous la rubrique du syndrome du bourrelet.

Dans ces conditions, les difficultés techniques, inhérentes au procédé de Bankart, visant à réinsérer le bourrelet sur la glène, sont, à notre sens, d'un rendement discutable.

6° LE FACTEUR MUSCULAIRE .-

Magnuson et Stack pensent qu'il faut rechercher la cause de l'instabilité de l'épaule sujette aux luxations récidivantes, dans l'insuffisance de la tension du muscle sous scapulaire ; aussi, proposent-ils comme cure chirurgicale une myoplastie du sous scapulaire.

Dickson et O'Dell pensent que ce vice fonctionnel de l'épaule découle du déséquilibre anatomique et dynamique qui existe entre rotateurs externes et rotateurs internes, ce que corrobore l'étude philogénique de la ceinture scapulaire chez les vertébrées; ainsi ont-ils recours à une myoplastie du petit pectoral.

De Palma résume l'opinion des auteurs américains et la faveur que connaissent aux U.S.A. ses interventions myoplastiques, dans un concepte : le déséquilibre neuro-musculaire affectant la chape musculo-tendineuse, péri-articulaire de l'épaule, constitue l'essence de la maladie.

Plus prosaïquement, nous pensons qu'une partie de ce déséquilibre trouve son origine dans le pincement du bourrelet glénoïdien qui, d'une façon ou d'une autre, peut s'interposer entre tête humérale et glène, tout comme les lésions du ménisque interne du genou sont à l'origine de dérobements, d'instabilité, de sentation de dérangement interne.

Ainsi, nous pensons qu'un bourrelet présentant des lésions lurables dans l'interligne, doit être traité comme un ménisque lésé du genou et réséqué. La négligence d'une telle lésion grèverait le résultat opératoire de la persistance du syndrome du bourrelet. C'est pourquoi l'arthrotomie constitue un temps essentiel de la règle de notre procédé opératoire.

BASES CLINIQUES DU TRAITEMENT

AGE .-

La luxation antérieure récidivante de l'épaule affecte essentiellement les adultes jeunes. La grande majorité de nos opérés était âgée de 17 à 40 ans lors de leur intervention.

SEXE .-

Elle atteint beaucoup plus fréquemment les sujets de sexe masculin que ceux de sexe féminin (77 hommes pour 13 femmes dans notre statistique).

COTE .-

Cette affection semble intéresser plus volontiers le côté droit que le côté gauche (61 % des cas, opérés à droite).

PREMIERE LUXATION .-

La première luxation fait date dans la maladie. Dans le déterminisme clinique de la maladie deux points ont retenu l'attention : la nature du traumatisme qui a produit la luxation initiale et la conduite du traitement de cette luxation.

Premier point, les statistiques de Rowe indiquent que parmi les luxations traumatiques celles qui ont le plus de chances de devenir récidivantes sont celles qui résultent d'un traumatisme indirect, soit par abduction forcée, soit par torsion. Bankart a soutenu un point de vue diamétralement opposé. Il est enfin reconnu de tous qu'une première luxation atraumatique a de grandes chances de devenir récidivante, cette conjoncture témoignant selon toute vraisemblance d'une prédisposition anatomique congénitale.

Deuxième point, il ressort également des statistiques de Rowe que le plus important pourcentagede récidives grève les luxations qui ont été traitées sans immobilisation ou par un bandage simple pendant 8 jours, ou par une atelle pendant le même temps.

L'INTERVALLE LIBRE .-

La première luxation est suivie d'un intervale libre qui est dans la majorité relative des cas, inférieur à 6 mois. Lorsque cet intervalle libre est supérieur à 6 mois, on peut se demander si la deuxième luxation ne représente pas le début réel de la maladie.

LES RECIDIVES .-

La première récidive s'inscrit en tête d'une liste plus ou moins longue de luxations qui présentent certains caractères :

a) les luxations surviennent à l'occasion de traumatismes de plus en plus minimes et constituent bien souvent l'aboutissement d'un mouvement composé d'abductions et de rotations externes mouvements que le malade tend de plus en plus à éviter.

b) la réduction est en général facile, à telle enseigne que dans bien des cas, le malade n'ayant nullement besoin de recourir à l'anesthésie générale procède à la réduction lui-même.

La fréquence des récidives est variable ; elle est fonction des occupations professionnelles et sportives du malade, mais elle est en général croissante. Certains malades n'ont présenté que trois ou quatre luxations avant leur intervention, d'autres en ont présenté une ou plusieurs dizaines.

SIGNES RADIOLOGIQUES .-

Les signes radiologiques, encoches postéro-latérales, déformations en hachettes, fractures parcellaires du rebord glénoïdien, ne sont pas comme l'a fait remarqué Rowe, obligatoirement visibles, sur les deux clichés pris en incidence antéro-postérieure, et en incidence axillaire.

Nous avons pratiqué 4 fois une arthrographie mais, faute d'expérience peut être, elles ne nous ont paru susceptibles de fournir des renseignements décisifs.

LE SYNDROME DU BOURRELET .-

Certains malades accusent un nombre impressionnant de récidives. l'interrogatoire apporte des précisions intéressantes :

a) ce rythme de luxation et d'installation brutale.

b) les accidents sont devenus presque quotidiens et surviennent parfois pendant le sommeil.

c) il s'avère que, ce que le malade considère comme des luxations vraies ne correspond en fait qu'à de simples déboitements, sub-luxations que le malade est susceptible de réduire lui-même par un simple mouvement de circumduction.

L'arthrotomie nous a montré que cet aspect clinique correspondait à des lésions importantes du bourrelet glénoïdien, luxables dans l'interligne ; c'est la raison pour laquelle nous classons cet aspect clinique sous cette rubrique.

EVOLUTION .-

Toutes les statistiques concordent sur le fait qu'on a rarement l'occasion d'opérer des malades âgés de plus de 40 ans (9 cas dans notre statistique).

Comment évolue spontanément les malades qui n'ont pas cru devoir subir une intervention chirurgicale ? Probablement vers la stabilisation de leur épaule, à laquelle concourrent la limitation spontanée de la rotation externe survenant chez tous les sujets au-delà de 40 ans, comme l'a montré De Palma, la réduction de l'activité locomotrice inhérente à l'âge, et peut-être cette seconde nature que réalise l'habitude.

THERAPEUTIQUE DE LA LUXATION ANTERIEURE RECIDIVANTE DE L'EPAULE

Deux aspects anatomo-pathélogiques sont à notre sens fondamentaux pour le traitement de la luxation antérieure récidivante de l'épaule : les éventuelles lésions intra-articulaires et la fausse cavité articulaire donnant asile à la tête de l'humérus au devant du col de l'omoplate.

Premier point, nous avons constaté qu'il existait très souvent des lésions intra-articulaires qui si elles sont négligées, font courir au patient le rsique de symptômes douloureux post-opératoires et d'instabilité. C'est le cas en particulier, du bourrelet glénoïdien qui peut être divisé ou rompu, présentant des bandelettes ou des languettes interposées dans l'articulation. Ces considérations justifient à notre sens, l'impérieuse nécessité d'une arthrotomie exploratrice, et de la résection de telles lésions intra-articulaires si elles existent.

Deuxième point, la lésion essentielle, celle qui permet la récidive des luxations, est bien la fausse cavité articulaire, située au devant du col de l'omoplate ; c'est ce recessus qu'il faut effacer. Les opérations de Bélitala et de Bankart permettent cet effacement, mais elles sont souvent de réalisation difficile, elles nécessitent de grandes incisions, peu délabrantes certes, mais assez inesthétiques, enfin, elles ne permettent qu'une gymnastique rééducative post-opératoire très progressive que l'on ne peut entreprendre quau-delà des délais de cicatrisation.

C'est la raison pour laquelle nous pratiquons l'opération de Noske modifiée : la coracoïde ostéotomisée partiellement et abaissée (procédé de Noske, proprement dit) constitue une excellente butée extra-articulaire ; mais, pourparvenir en même temps à plaquer les parties molles constituant la paroi antérieure de la fausse cavité articulaire, nous fixonsla coracoïde abaissée par un clou planté dans le col de l'omoplate. Ce procédé constitue un montage triangulaire parfaitement stable, facile à exécuter, réalisant le deuxième impératif du traitement, l'oblitération de la fausse cavité articulaire.

Cette opération ne nécessite qu'une arthrotomie antérieure modeste, ne débordant que très légèrement sur le tendon du sous-scapulaire ;elle n'est complétée par aucun artifice de suture susceptible de limiter la rotation externe ; nos résultats font état du très petit nombre de malades qui n'ont pas récupéré la totalité de l'amplitude de leur rotation externe ; dans ces conditions, nous concluons que la limitation de la rotation externe n'est pas une condition nécessaire et suffisante à la guérison.

DONNEES TECHNIQUES DU PROCEDE DE NOSKE-TRILLAT

TEMPS PRELIMINAIRES .-

Préparation du patient :

Position sur la table d'opération :

Position demi-assise, épaule à opérer surélevée par un coussin, bras en équilibre stable le long du corps, avant-bras demi fléchi sur le thorax, tête en hyper-extension et en rotation vers le côté sain afin de bien dégagé le mognon de l'épaule.

Asepsie :

Triple asepsie du mognon de l'épaule et de la racine du bras qui comporte : savonnage, détersion à l'éther, et badigeonnage d'antiseptique.

Mise en place des champs :

Les champs opératoires sont disposés selon des principes propres au service d'Albert Trillat, conduisant à interposer entre la plaie opératoire et les plans superficiels du reste de l'économie une triple barrière de champs. Ces principes offrent une double garantie : sécurité et latitude de mouvement adéquat à l'éxécution des différents temps opératoires.

Dans le cas présent , il est nécessaire de prévoir la liberté des mouvements du membre supérieur.

Opérateur :

L'opérateur se place du côté à opérer et en dehors du bras.

Aides :

Premier aide à main droite, deuxième en face.

Instruments :

Outre l'instrumentation orthopédique habituelle il convient de prévoir :

- un écarteur spécial, muni d'un ergot qui en s'appuyant sur le rebord postérieur de la cavité glénoïde réalise un levier permettant d'écarter sans fatigue la tête humérale pour exposer la glène le bourrelet, et la face antérieur du col de l'omoplate. (écarteur comparable à delui qu'utilise le Pr Merle-d'Aubigné.)
- une série de clous,
- un aspirateur.

Repères :

Deux repères principaux :

- le tiers externe de la clavicule
- la pointe de la coracoïde, facilement palpable sous la clavicule.

Tracé de l'incision :

Incision verticale de quatre travers de doigts, débutant très haut sur la clavicule, conduite au droit du bord externe de la coracoïde.

TEMPS OPERATOIRES .-

Temps cutané :

Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané au droit du bord externe de la coracoïde, jusqu'à l'aponévrose superficielle du muscle deltoïde.

Temps musculaire :

a) temps deltoïdien :

les faisceaux antérieurs du deltoïd sont divisés dans le sens des fibres musculaires jusqu'au plan aponévrotique profond constitué par l'aponévrose clavi-coraco-axillaire, reconnaissable à travers les fibres musculaires dissociées grâce à sa couleur blancnacrée.

b) exposition de la coracoïde :

les fibres musculaires ayant été réclinées, le centre de la plaie opératoire est occupé par la portion horizontale de la coracoïde et l'on reconnaît aisément grâce à la direction de leurs fibres, le ligament acromio-coracoïdien d'une part, le tendon du coraco-biceps d'autre part.

c) exposition du muscle sous-scapulaire :

En incisant d'une part le long du bord externe de la coracoïde le ligament acromio-coracoïdien, d'autre part le long du bord externe du coraco-biceps le vélum fibreux tendu entre ce muscld et l'hymérus, on expose la partie haute de la capsule articulaire de l'épaule et le tendon du sous-scapulaire dont les fibres musculaires apparaissent si l'on place le bras en rotation externe. Le coracobrachial est confié à l'écarteur interne.

Temps articulaire :

a) Arthrotomie :

Le bras étant maintenu en rotation externe, il faut pratiquer une arthrotomie antérieure verticale, proche des insertions humérales du manchon capsulo-tendineux, intéressant la portion haute juxta-coracoïdienne de la capsule et le tiers supérieur du tendon du sous-scapulaire. Cette arthrotomie est suffisante pour la mise en place dans l'articulation de l'écarteur spécial et l'exécution des temps opératoires ultérieurs. Sa petitesse présente un double avantage : d'une part, elle permet d'éviter la blessure des vaisseaux externes du sous-scapulaires, d'autre part, en entamant que très partiellement le sous-scapulaire, on évite les alléas d'une suture musculaire ou tendineuse sous tension.

b) exposition du bourrelet glénoïdien :

l'écarteur spécial étant en place, en écartant la tête humérale en dehors, en aspirant d'éventuelles suffusions sanguines accumulées dans le fond de l'articulation, on est suffisament à l'aise pour examiner la cavité glénoïde, le bourrelet glénoïdien et le décollement de Broca et Hartmannsitué au-devant du col de l'omoplate.

c) nettoyage articulaire :

Résection des lésions éventuelles du bourrelet luxées dans l'interligne et des franges synoviales trop éxubérantes.

Temps coracoïdien :

a) Forage de la coracoïde :

Pour des raisons de commodité, il est préférable de forer d'emblée la portion horizontale de la coracoïde près de son extrémité.

b) Ostéotomie : Incomplète de la coracoïde

Afin de créer une butée coracoïdienne d'une longueur maximum, il convient de faire porter l'ostéotomie sur la portion verticale de l'apophyse; pour ce faire cette portion verticale échappant à la vue, il faut suivre la face inférieure de la coracoïde du tranchant du ciseau en conservant le contact de l' os et d'ostéotomiser dès que le changement de direction est perçu.

c) Exposition de la face antérieure du col de l'omoplate :

C'est sur cette face que doit pénétrer le clou. Son exposition est nécessaire car elle permet de contrôler à vue par l'incision la pénétration du clou ; son exposition est très simple car elle constitue le fond du décollement capsulo-périosté; il est préférable de la ruginer afin de parfaire le comblement de la fausse cavité articulaire.

d) Mise en place du clou :

Ayant été glissé dans l'orifice préalablement ménagé à travers le bec de la coracoïde, la pointe du clou est amenée sur la face antérieure du col de l'omoplate qu'elle attaque presque verticalement.

e) Abaissement de la coracoïde :

En enfonçant le clou dans le col dde l'omoplate on abaisseautomatiquement la coracoïde préalablement fracturée. Il suffit, pour fermer efficacement le triangle omo-coracoïdien, d'abaisser la coracoïde de telle sorte qu'elle devienne parallèle au plan de la face antérieure du col de l'omoplate ; il serait préjudiciable de la plaquer contre l'omoplate, car dans cette position, la coracoïde gênerait considérablement le jeu du tendon du muscle sous-scapulaire .

Temps de fermeture :

a) fermeture de l'arthrotomie :

Nous nous contentons de fermer le brèche capsulaire et celle du sous-scapulaire par deux ou trois points de catgut chromé.

b) fermeture des plans superficiels .

INCIDENTS .-

a) Blessure du tendon du long biceps :

Incident possible si l'arthrotomie est exagérément haute et si l'on n'a pas pris soin de placer le bras en rotation externe.

b) Clou attaquant le col de l'omoplate trop obliquement :

Le clou risque alors de glisser sur la face antérieure de l'omoplate, auquel cas il devientinéfficace.

c) clou attaquant le col de l'omoplate trop près du rebord glénoïdien

Le clou risque en s'enfonçant de soulever le cartilage glénoïdien. Il convient d'éviter cet incident qui serait à l'origine de désordre articulaire post-opératoire.

ACCIDENTS .-

Nous n'en connaissons pas ; l'arthrotomie est suffisamment haute pour que le paquet vasculo-nerveux axillaire ou le circonflexe ne court aucun risque.

SUITES OPERATOIRES .-

L'opéré sort de salle d'opération immobilisé en coude au corps, par un simple bandage de corps.

En général, l'opéré sort du service le quatrième jour, ayant troqué son bandage de corps contre un simple bandage "en écharpe"

Le bras est laissé libre le quinsième jour.

La gymnastique rééducative est entreprise dès le 21ème jour. Nous insistons sur le fait que la solidité du montage permet une progression de gymnastique rééducative très accélérée.

OBSERVATIONS

La rotation externe a été appréciée de la façon suivante :

L'opéré est placé en décubitus dorsal sur une table, les deux mains jointes par le bout des doigts derrière la nuque, l'occiput reposant sur la table.

Nous demandons à l'opéré de poser les deux coudes sur le plan de la table. L'angle du bras et du plan de la table indique de combien de degrés l'amplitude normale de la rotation externe est amputée.

Observations n°	4	5	6
Initiales	M. George	P. Bernard	G. Albert
Sexe	M.	M.	M.
Côté	G.	D.	G.
Age le luxation	17	?	19
Intervalle libre lc 2e L.	?	?	?
Nombre de récidives	6	?	15
Age intervention	22	23	38
Remarques			S. du Bourrelet
Encoche postérieure			
Déformation en hachettes			
Remarques	Arthrographie		Arthrographie
Date intervention	15.10.52	13.11.52	13.12.52
Décollement capsolu-périosté	+	+	+
Lésion du bourrelet			Fendu, cisaillé en avant.
Etat bord antérieur glène			
Technique opératoire	Délitala	Délitala	Délitala, Bourrelet réséqué
Date des renseignements	28.II.52	8.7.54	3.4.53
Durée convalescence	?	?	?
Récidives	+	0	0
Limitation rotation ext.	?	?	?
Limitation mouvement	?	?	?
Instabilité	?	?	?
Ressaut	?	?	?
Métier Sport après intervention	?	?	?

Remarques

Observations n°	7	8	9
Initiales	M. Jacques	D. Henri	G. Raymond
Sexe	M.	M.	M.
Côté	G.	D.	G.
Age le luxation	?	21	27
Inte valle libre le 2e L.	?	4 mois	2 mois
Nombre récidives	?	Multiple	10
Age intervention	23	24	28
Remarques	Oudart à 20 ans	S. du Bourrel.	S. du Bourrelet
Encoche postérieure			+
Déformation hachettes			
Remarques			
Date intervention	24.2.53	3.3.53	23.6.53
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet		décollé	
Etat bord ant. de la glène		érodé	
Technique opératoire	Noske	Délitala	Délitala
Date des renseignements		11.5.53	17.8.53
Durée convalescence		?	?
Récidives		0	o
Limitation rotation ext.		?	?
Limitation mouvement		?	?
Instabilité		?	?
Ressaut		?	?
Métier Sport après intervention		?	?
Remarques			

Observations n°	10	11	12
Initiales	C. né G.	V. Georgette	B. André
Sexe	F.	F.	M.
Côté	?	D.	G.
Age le luxation	?	21	?
Intervalle le 2e L.	?		?
Nombre luxation	?	5	?
Age intervention	60	22	?
Remarques			
Encoche postériere			
Déformation hachettes			
Remarques			
Date intervention	9.9.53	14.12.53	29.12.53
Décollement capsulo périosté	+	+	+
Etat bord ant. glène			
Lésion bourrelet			
Technique opératoire	Caméra	Caméra	Caméra
Date des renseignements	3.5.54		
Durée convalescence	?		
Récidives	0		
Limitation rotation ext.	?		
Limitation mouvement	?		
Instabilité	?		
Ressaut	?		
Métier			
Sport après intervention	?		

Remarques

Observations n°	13	14	15
Initiales	B. Czeclas	E. Maurice	L. Salha
Sexe	M.	M.	M.
Côté	G.	D.	D.
Age lère luxation	20	20	25
Inte valle le 2e l.	?	2 mois	2 ans
Nombre récidives	?	3	Multiple
Age intervention	?	20	27
Remarques	Oudart 21 ans Caméra 31 ans		
Encoche postérieure			
Déformation en hachettes			
Remarques			
Date intervention	28.I.54	I7.2.54	2I.4.54
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion du bourrelet			décollé rompu
Etat bord antérieur glène			
technique opératoire	Noskeu-Trillat	Noske-Trillat	Noske-Trillat Bourrelet réséqué
Date renseignements	6.55.	I.6I	
Durée convalescence	?	40 jours	
Récidive	+	0	
Limitation rotation ext.	?	0	
Limitation mouvement	?	0	
Instabilité	?	Hyperflexion	
Ressaut	?	0	
Métier	?	platrier	
Sport pratiqué après intervention			
Remarques	I6.6.55 Reprisé Noske-Trillat		

Observations n°	16	17	18
Initiales	P. Michel	M. André	D. Marc
Sexe	M.	M.	M.
Côté	G.	G.	D.
Age le luxation	18	17	42
Intervalle libre : 2e L.	2 ans	2 mois	?
Nombre récidives	3	3	?
Remarques			Luxation inf.
Encoche post.		+	
Déformation hachettes			
Remarques			
Date intervention	24.3.54	25.3.54	25.5.54
Décollement capsulo-périost.	+	+	+
Lésion bourrelet	Désinséré Luxé		
Etat bord antérieur blène	usé		
Technique opératoire	Noske-Trillat Bourrelet réséqué	Noske-Trillat	Noske-Trillat coracoïde refoulant tête en bas
Date renseignements			J.1961
Durée convalescence			15 jours
Récidives			0
Limitation rotation ext.			0
Limitation mouvement			0
Instabilité			0
Ressaut			0
Métier			
Sport après intervention			Ski, natation montagne
Remarques			0

Observations n°	19	20	21
Initiales	D. Jacques	M. André	W. Jacques
Sexe	M	M.	M.
Côté	G.	D.	D.
Age lère luxation	22	25	18
Intervalle le 2e L.	?	1 an	?
Nombre récidives	5	multiple	+ de 100
Age intervention	27	27	21
Remarques			
Encoche postérieure			
Déformation hachettes			
Remarques			
Date intervention	7.6.54	10.6.54	8.7.54
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet		détaché capsule	
Etat bord antérieur glène		très saillant	
Technique opératoire	Noske-Trillat	Noske-Trillat	Noske-Trillat Coracoïde courte
Date renseignements	1.1961	1.1961	19.2.57
Durée convalescence	3 mois	1 mois	?
Récidives	0	0	0
Limitation rotation ext.	10 °	0	?
Limitation mouvement	hyper flexion	0	?
Instabilité	hyper flexion	0	Extension rotation externe
Ressaut	0	0	?
Métier			
Sport après intervention	Natation	Foot-ball Ténnis	?
Remarques	douleur type rhumatismal	impression d'être plus fort côté opéré	

Observations n°	22	23	24
Initiales	M. Paul	L. née D.	A. Jean
Sexe	M.	F.	M.
Côté	G.	D.	G.
Age le luxation	21	?	20
Intervalle le 2e l.	?	?	?
Nombre récidives	2	?	14
Age intervention	22	54	21
Remarques			luxation sup. au départ puis inf.
Encoche postérieure			
Déformation hachettes			
Remarques			
Date intervention	9.9.54	17.10.54	14.12.54
Décollement capsulo périosté	+	+	+
Lésion bourrelet			
Etat bord antérieur glène	peu saillant		
Technique opératoire	Noske-Trillat	Caméra modifié	Noske-Trillat
Date renseignements	Janv. 1961		Janv. 1961
Durée convalescence	3 mois		3 mois
Récidives	0		0
Limitation rotation ext.	5°		0
Limitation mouvement	0		0
Instabilité	0		0
Ressaut	0		0
Métier			
Sport après intervention	Rugby		Rugby, athlétisme Foot-Ball, Hand-Ball Javelo
Remarques	Fracture clou dans col		

Observatiins n°	25	26	27
Initiales	C. Robert	C. Isabelle	B. Jean
Sexe	M.	F.	M.
Côté	D.	D.	G.
Age le luxation	24	26	?
Intervalle libre le 2e l.	?	?	?
Nombre récidives	6	8	?
Age intervention	26	35	39
Remarques			Oudart en 1949
Encoche postérieure			
Déformation en hachettes			
Remarques			
Date intervention	16.12.54	21.4.55	26.4.55
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet			
Etat bord ant. glène			
Technique opératoire	Noske-Trillat	Noske-Trillat	Noske-Trillat
Date renseignements		20.9.55	
Durée convalescence		?	
Récidives		0	
Limitation rotation ext.		+ indéterminé	
Limitation mouvement	0	0	
Instabilité		?	
Ressaut		?	
Métier			
Sport après intervention		?	
Remarques		douleurs rhumatismales	

Ovservations n°	28	29	30
Initiales	G. Yves	B. Jacques	R. Roger
Sexe	M.	M.	M.
C oté	G.	D.	G.
Age lère luxation	23	?	20
Intervalle le 2e l.	4 mois	?	6 mois
Nombre récidives	multiple	?	4
Age intervention	25	33	26
Remarques			
Encoche postérieure	+ profonde		
Déformation hachettes			
Remarques	Ossification $\frac{1}{2}$ inf. glène		
Date intervention	29.6.55	6.12.55	5.I.56
Décollement capsulo-périosté	+	+	0
Lésion du bourrelet			
Etat bord anté. glène			
Technique opératoire	Noske-Trillat	Noske-Trillat	Noske relâchement capsulaire
Date renseignements		20.I.56	
Durée convalescence			
Récidives		0	
Limitation rotation etx.			
Limitation mouvement			
Instabilité			
Ressaut			
Métier			
Sport après intervention			
Remarques			

OBSERVATIONS N°	31	32	33
Initiales	T. Roger	K. Jean	J. Marc
Sexe	M.	M.	M.
Côté	G.	G.	D.
Age le luxation	24	19	32
Intervalle 1 2e l.	11 mois	?	?
Nombre récidives	2	Multiple	20
Age intervention	26	20	36
Remarques			
Encoche postérieure			
Déformation hachettes			+
Remarques			
Date intervention	I9.I.56	3I.I.56	II.4.56
Décollement capsulo périosté	+	+	0
Lésion bourrelet	fixé glène, désinséré de cap.	désinséré luxé	
Etat bord ant. glène			
Technique opératoire	Noske-Osmond Clark	Noske-Trillat	Noske bourrelet réséqué
Date renseignements		Janv. 1961	
Durée convalescence		4 mois	
Récidives		0	
Limitation rotation ext.		0	
Limitation mouvement		0	
Instabilité		légère globale	
Ressaut		0	
Métier			
Sport après intervention		rugby	
Remarques			

Observations n°	34	35	36
Initiales	M. Jean Paul	V. Paul	P. Georges
Sexe	M.	M.	M.
Côté	D.	D.	D.
Age lère luxation	26	20	20
Intervalle libre le 2e l.	?	15 mois	?
Nombre récidives	?	10	30
Age intervention	26	25	25
Remarques		S. bourrelet + S. du lg biceps opéré à g. 24 a. bilatéralité ?	
Encoche postérieure	+	+moyenne	
Déformation hachettes			
Remarques			
Date intervention	6.6.56	29.8.56	16.10.56
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet	désinséré		désinséré
Etat bord ant. glène	éculé		mousse
Technique opératoire	Noske-Trillat Récidive Reprise 28.8.57	Noske-Trillat	Noske
Date renseignements	Janv. 1961	Nov. 1960	
Durée convalescence	6 semaines	?	
Récidives	+	0	
Limitation rotation ctx.	0	20°	
Limitation mouvement	0	?	
Instabilité	hyper flexion	?	
Ressaut	0	?	
Métier		cantonnier	
Sport après intervention	rugby volley		
Remarques	Cf analyse résult.		

Observations n°	37	38	39
Initiales	B. Pierre-Jean	de M.	B. Jean
Sexe	M.	M.	M.
Côté	D.	D.	G.
Age lère luxation	19	25	18
Intervalle libre le 2e l.	?	?	?
Nombre récidives	30	Nombreuses	?
Age intervention	21	27	23
Remarques			
Encoche postérieure			
Déformation hachettes			
Remarques	arrachement partie sup. glène		
Date intervention	8.II.56	I3.II.56	I5.II.56
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet			désinséré solidaire capsule
Etat bord anté. glène			
Technique opératoire	Noske-Trillat	Noske-Trillat	Noske-Trillat bourrelet réséqué
Date renseignements	janv. 1961		26.6.57
Durée convalescence	6 mois		?
Récidives	0		0
Limitation rotation ext.	0		?
Limitation mouvement	0		?
Instabilité	hyper flexion	0	?
Ressaut	0		?
Métier			
Sport après intervention	Ski Tennis		

Remarques

Observations n°	40	41	42
Initiales	V. Jean	C. Robert	G. Claude
Sexe	M.	M.	M.
Côté	G.	D.	D.
Age lère luxation	25	16	20
Intervalle libre le 2e l.	?	4 mois	?
Nombre récidives	15	25	?
Age intervention	27	20	?
Remarques	S. bourrelet	S. bourrelet	Oudart 23ans récidive 1 an$\frac{1}{2}$ après
Encoche postérieure			
Déformation hachettes		+	
Remarques			
Date intervention	24.I.57	I3.2.57	26.3.57
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet	fixé mais inutilisable	décollé	anse luxée
Etat du bord ant. glène			
Technique opératoire	Noske-Trillat bourrelet réséqué	Noske-Trillat bour. réséqué	Noske-Trillat bour. réséqué
Date renseignem ents	janv. 1961	janv. 1961	4.8.58
Durée convalescence	2 mois $\frac{1}{2}$	3 mois	?
Récidives	0	0	0
Militation rotation ext.	15°	15°	+ indéterminé
Limitation mouvement	0	0	?
Instabilité	0	0	?
Ressaut	0	0	?
Métier		chaudronnier	
Sprot après intervention	Ski compétition natation	foot-ball	
Remarques		douleur fulgurante - rotation ext. forcée	

Observations n°	43	44	45
Initiales	B. Georges	M. Jean	L. Armand
Sexe	M.	M.	M.
Côté	D.	G.	D.
Age lère luxation	31	26	18
Intervalle libre le 2e l.	?	4 mois	?
Nombre récidives	12	40 depuis 1 an 6	
Age intervention	33	30	24
Remarques			
Encoche postérieure			
Déformation hachettes			
Rem arques			
Date intervention	30.4.57	9.5.57	I6.5.57
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet	languettes luxées	anse luxée	décollé luxé
Etat bord ant. glène			
Technique opératoire	Noske-	Noske-Trillat bour. réséqué	Noske-Trillat bour. réséqué
Date rensiengments	I4.I0.57	Janv. 1961	
Durée convalescence		1 mois	
Récidives	0	0	
Limitation rotation ext.	?	0	
Limitation mouvement	?	0	
Instabilité	?	0	
Ressaut	?	0	
Métier			
Sport après intervention	natation gym. judo		
Remarques			

Observations n°	46	47	48
Initiales	F. Marie-José	D. Alexandre	C. Maurice
Sexe	F.	M.	M.
Côté	D.	D	D.
Age 1ère luxation	14	25	17
Intervalle libre le 2e l.	?	4 ans	?
Nombre récidives	4 par jour	4	?
Age intervention	19	29	18
Remarques	s. bourrelet	bilatéralité côté gauche déjà opéré	
Encoche postérieure		+ moyenne	
Déformation hachettes			
Remarques			
Date intervention	9.7.57	2.IO.57	5.II.57
décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet	décollement ant.	décolle. post.	décol. post.
Etat bord ant. glène			
Technique opératoire	Noske-Trillat bour. réséqué	Noske	Noske-Trillat bour. réséqué
Date renseignements	janv. 1961		2.I2.60
Durée convalescence	3 mois		?
Récidives	O		O
Limitation rotation ext.	O		30°
Limitation mouvement	rotation int.		abduction
Instabilité	O		?
Ressaut	O		?
Métier			
Sport après intervention	ski- golfe voile		?
Remarques			phlébite post opératoire bras d.

Observations n°	49	50	51
Initiales	B. Albert	D. Jean	S. Baptiste
Sexe	M.	M.	M.
Côté	G.	G.	D.
Age lère luxation	2[illegible]	15	26
Intervalle libre le 2e l.	?	?	?
Nombre récidives	10	10 l'an dernier	2
Age intervention	32	46	27
Remarques	bilatéralité commencé côté g.		
Encoche postérieure	+ légère		
Déformation hachettes			
Remarques			
Date intervention	6.II.57	I3.II.57	I4.II.57
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet	décollé solidaire capsule	en place mais languette post	décolle. ant.
Etat bord ant. glène	très saillant	intact	
Technique opératoire	Noske-Trillat	Noske-Trillat	Noske-Trillat bour. réséqué
Date renseignements	janv. 1961	janv. 1961	janv. 1961
Durée convalescence	1 mois	8 jours	4 mois
Récidives	0	0	0
Limitation rotation ext.	0	0	0
Limitation mouvement	0	0	0
Instabilité	0	légère	rotation bras
Ressaut	0	hyper flexion	0
Métier			
Sport après intervention	parachutisme	ski natation	natation ping-pong
Remarques			

Observations n°	52	53	54
Initiales	C. Arthur	C. Robert	P. Michel
Sexe	M.	M.	M.
Côté	D.	G.	D.
Age lère luxation	20	17 ½	57
Intervalle libre le 2e l.	6 mois	18 mois	3 mois
Nombre récidives	?	3	6
Age intervention	20	18	58
Remarques		S. bourrelet	associé à S; long biceps
Encoche postérieure		+ légère	
Déformation hachettes			
Remarques		ossification glène	
Date intervention	13.12.57	15.1.58	24.1.58
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
lésion bourrelet	décol. partiel	décollé luxé	décollé luxé
Etat bord ant. glène			
Technique opératoire	Noske	Noske-Trillat bour. réséqué	Noske-Rrillat bour. réséqué suture lg biceps
Date renseignements		janv. 1961	janv. 1961
Durée convalescence		?	?
Récidives		0	0
Limitation rotation externe		0	45°
Limitation mouvement		0	0
Instabilité		0	rotation ext.
Ressaut		0	rotation ext.
Métier			
Sport après intervention		?	ski
Remarques			péri-arthrite

Observations n°	55	56	57
Initiales	T. Marcel	C. Michel	D. Jean
Sexe	M.	M.	M.
Côté	D.	G.	G.
Age lère luxation	21	17	23
Intervalle le 2e l.	5 ans	3 mois	4 mois
Nombre récidives	3	3	2
Age intervention	29	18	23
Remarques			
Encoche postérieure	+ moyenne		
Déformation hachettes			
Remarques			
Date intervention	5.2.58	I8.2.58	I8.3.58
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
lésion du bourrelet	désinséré languette luxée		décollé luxé
Etat bord ant. glène			
Technique opératoire	Noske-Trillat languette réséqué	Nosko-Trillat	Noxke-Trillat bour. réséqué
Date renseignements	janv. 1961	janv. 1961	janv. 1961
Durée convalescence	40 jours	4 mois	4 mois
Récidives	0	+	0
Limitation rotation ext.	0	0	0
Limitation mouvement	0	0	hyper extension
Instabilité	0	hyper flexion	globale
Ressaut	0	0	0
métier			
sport après intervention	foot-ball volley	rugby	foot-ball
Remarques		cf analyse résultat	

Observations n°	58	59	60
Initiales	M. Antoine	R. Jacqueline	G. Jean
Sexe	M.	F.	M.
Côté	D.	D.	D.
Age 1ère luxation	17	21	18
Intervalle libre le 2e l.	?	?	?
Nombre récidives	4	?	4
Age intervention	21	4	20
Remarques		s. bourrelet	
Encoche postérieure		+ légère	+ moyenne
Déformation hachettes			
Remarques			
Date intervention	24.4.58	23.5.58	16.7.58
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet	décol. post. languet. luxée	décol. inf.	
Etat bord ant. glène,			énorme lésion fract. parcellaire
Technique opératoire	Noske-Trillat bour. réséqué	Noske-Trillat	Noske-Trillat ablation corps étrangers
Date renseignements	janv. 1961	4.7.58	12.9.58
Durée convalescence	2 mois	?	?
Récidives	0	0	0
Limitation rotation ext.	0	?	légère
Limitation mouvement	0	?	?
Instabilité	0	?	?
Ressaut	0	?	?
Métier			
Sport après intervention	Rugby Gym.	?	?
Remarques		épaule raide	

Observations n°	61	62	63
Initiales	C. Philippe	T. Henri	F. Thérèse
Sexe	M.	M.	F.
Côté	D.	D?	D.
Age lère luxation	21	25	18
Intervalle libre le 2e l.	3 ans	6 mois	2 ans
Nombre récidives	3	30	15
Age intervention	24	28	21
Remarques	0	0	0
Encoche postérieure	0	0	0
Déformation hachettes	0	0	0
Remarques	0	0	0
Date intervention	17.7.58	2.9.58	18.9.58
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet		décollement	détaché sur ses 2 faces non mobile
Etat bord ant. glène			
Technique opératoire	Noske-Trillat	Noske-Trillat bour. réséqué	Noske-Trillat ablation corps étrangers
Date renseignements		janv. 1961	janv. 1961
druée convalescence		6 mois	3 mois
Récidive		0	+
Limitation rotation etx.		0	0
Limitation mouvement		rotation int.	0
Instabilité		0	+
Ressaut		0	+ moulinet
Métier			
Sport après intervention		tennis, natation, ski	tennis, natation, ski.
Remarques			cf analyse résult.

Observations n°	64	65	66
Initiales	F. Jean-Pierre	M. Jean	G. Sylvie
Sexe	M.	M.	F.
Côté	D.	D.	G.
Age lère luxation	15	23	17
Intervalle libre le 2e l.	?	2 mois	2 mois
Nombre récidives	?	8	8
Age intervention	21	26	17
Remarques		s. bourrelet	
Encoche postérieure			
Déformation hachettes			
Remarques			
Date intervention	30.9.58	I5.I0.58	28.I0.58
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet			décollement
Etat bord ant. glène			
Technique opératoire	Noske-Trillat	Noske-Trillat	Noske-Trillat
Date renseignements	janv. 1961	janv. 1961	janv. 1961
Durée convalescence	15 jours	2 mois	1 mois
Récidives	0	0	0
Limitation rotation ext.	0	0	0
Limitation mouvement	hyper flexion	0	0
Instabilité	hyper flexion	0	0
Ressaut	0	0	hyper flexion
Métier			
Sport après intervention	voile ski	volley ski nautique tennis	ski tennis natation athlétisme
Remarques			

Observations n°	67	68	69
Initiales	V. Georges	B. Louis	T. Eugène
Sexe	M.	M.	M.
Côté	D.	D.	D.
Age 1ère luxation	31	?	24
Intervalle le 2e l.	1 an	?	1 mois
Nombre récidives	4	?	4
Age intervention	32	32	26
Remarques			
Encoche postérieure			
Déformation hachettes			
Remarques			
Date intervention	26.II.58	27.II.58	3.12.58
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet	décol. ant. post.	décollement	décol. ant. post.
Etat bord ant. glène			
Technique opératoire	Noske-Trillat bour. réséqué	Noske-Trillat bour. réséqué	Noske-Trillat bour. réséqué
Date renseignements			janv. 1961
Durée convalescence			2 mois
Récidives			0
limitation rotation ext.			0
Limitation mouvement			0
Instabilité			0
Ressaut			0
Métier			
Sport après intervention			?
Remarques			quelques douleurs rhumatismales

Observations n°	70	71	72
Initiales	C. Henriette	G. Jacquy	B. Michelè.
Sexe	F.	M.	F.
Côté	G.	G.	D.
Age lère luxation	20	19	18
Intervalle libre 1è 2e l.	8 mois	3 ans	?
Nombre récidives	multiple depuis5a	6	20
Age intervention	45	33	22
Remarques	S. bourrelet	S. bourrelet	S. bourrelet c. d. bilatéralité
Encoche postérieure	+ grave	+ légère	
Déformation hachettes			
Remarques		ossification inf. glène	
Date intervention	4.2.59	I2.2.59	5.3.59
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet	décollement complet	décol. ant.	
Etat bord ant. glène			
Technique opératoire	Noske-Trillat bour. réséqué	Noske-Trillat bour. réséqué	Noske-Trillat
Date renseignements	Janv. 1961	janv. 1961	janv. 1961
Durée convalescence	1 mois $\frac{1}{2}$	5 mois	2 mois
Récidives	0	0	0
Limitation rotation ext.	0	?	0
Limitation mouvement	rotation int.	?	0
Instabilité	0	?	0
Ressaut	0	?	0
Métier			
Sport après intervention			ski, natation tennis
Remarques	douleurs rhuma.		

Observations n°	73	74	75
Initiales	V. Robert	M. Joseph	B. Rémy
Sexe	M.	M.	M.
Côté	G.	G.	G.
Age lère luxation	18	15	18
Intervalle libre le 2e l.	2 mois	?	5 ans
Nombre récidives	20	10	12
Age intervention	20	18	25
Remarques			s. bourrelet
Encoche postérieure			
Déformation hachettes			
Remarques			
Date intervention	13.3.59	19.3.59	I.4.59
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
lésion bourrelet	décollement	décol. complet	décol. complet
Etat bord ant. glène			
Technique opératoire	Noske-Trillat bour. réséqué	Noske-Trillat résection frange syn. bour. réséqué	Noske-Trillat bour. réséqué
Date renseignements		janv. 1961	
Durée convalescence		2 mois $\frac{1}{2}$	
Récidives		+	
Limitation rotation ext.		0	
Limitation mouvement		hyper flexion	
Instabilité		hyper flexion	
Ressaut		0	
Métier			
Sport après intervention		natation, ski, volley	
Remarques		cf analyse résult.	

Observations n°	76	77	78
Initiales	T. Maurice	G. Jeanine	D. Jean
Sexe	M.	F.	M.
Côté	G.	D.	D.
Age lère luxation	31	21	19
Intervalle lère 2e l.	?	6 mois	?
Nombre récidives	20	3	12
Age intervention	33	21	31
Remarques	s. bourrelet		
Encoche postérieure			
Déformation hachettes			
Remarques			
Date intervention	8.4.59	9.4.59	4.6.59
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet		décol. ant.	décollé, désinséré, capsule
Etat du bord ant. glène	Erodé		
Technique opératoire	Noske-Trillat	Noske-Trillat bour. réséqué	Noske-Trillat
Date renseignements		janv. 1961	janv. 1961
Durée convalescence		1 mois ½	1 mois
Récidives		0	0
Limitation rotation ext.		0	10°
Limitation mouvement			0
Instabilité		hyper flexion	0
Ressaut		hyper flexion	0
Métier			
Sport après intervention		ski, volley natation, patin	tennis

Remarques

Observations n°	79	80	81
Initiales	J. Robert	S. François	B. Marcel
Sexe	M.	M.	M.
Côté	D.	G.	D.
Age lère luxation	21	17	28
Intervalle libre le 2e l.	?	6 mois	1 an
Nombre récidives	7	10	5
Age intervention	24	18	32
Remarques		s. bourrelet	
Encoche postérieure	+ légère		
Déformation en hachettes			
Remarques	ossification inf. glène		
Date intervention	20.6.59	9.7.59	22.9.59
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet	décollement	décollement	
Etat bord ant. glène			
Tëchnique opératoire	Noske-Trillat	Noske-Trillat	Noske-Trillat
Date renseignements	janv. 1961	janv. 1961	
Durée convalescence	2 mois	4 mois	
Récidives	0	0	
Limitation rotation ext.	0	0	
Limitation mouvement	0	0	
Instabilité	0	0	
Ressaut	0	0	
Métier			
Sport après intervention	culture phys. natation parachutisme	ski, natation cheval	
Remarques			

Observations n°	82	83	84
Initiales	H. Pierre	R. Jean	C. Simone
Sexe	M.	M.	F.
Côté	D.	D.	G.
Age lère luxation	28	36	19
Intervalle lère 2e l.	6 mois	1 an	?
Nombre récidives	10	8	100
Age intervention	30	38	46
Remarques			
Encoche postérieure			
Déformation hachettes			
Remarques			
Date intervention	8.I2.59	5.I.60	I4.I.60
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet	décol. ant.		
Etat bord ant. glène			
Technique opératoire	Noske-Trillat	Noske-Trillat	Noske-Trillat
Date renseignements	bour. réséqué janv. 1961	janv. 1961	janv. 1961
Durée convalescence	4 semaines	3 semaines	10 mois
Récidives	0	0	0
Limitation rotation ext.	0	0	0
Limitation mouvement	0		0
Instabilité	0	hyper flexion	0
Ressaut	0	0	0
Métier			
Sport après intervention		ski, chasse s. marine	
Remarques			

Observations n°	85	86	87
Initiales	H Louis	C. Marcel	P. Guy
Sexe	M.	M.	M.
Côté	G.	D.	G.
Age lère luxation	25	24	21
Intervalle libre le 2e l.	1 an	2 ans	1 mois
Nombre récidives	8	16	30
Age intervention	35	34	24
Remarques		s. bourrelet	
Encoche postérieure			
Déformation hachettes			
Remarques			
Date intervention	4.2.60	23.3.60	13.4.60
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet	décollé luxé	décol. solidaire capsule	languette luxée
Etat bord ant. glène			
Technique opératoire	Noske-Trillat bour. réséqué	Noske-Trillat bour. réséqué	Noske-Trillat lang. réséquée
Date renseignements	janv. 1961		janv. 1967
Durée convalescence	2 mois		2 mois
Récidives	0		0
Limitation rotation ext.	0		0
Limitation mouvement	0		0
Instabilité	hyper flexion		0
Ressaut	0		0
Métier			
Sport après intervention	ski, tennis natation		rugby
Remarques			

Observations n°	88	89	90
Initiales	G. Suzanne	G. Raymond	G. Jean
Sexe	F.	M.	M.
Côté	D.	D.	G.
Age lère luxation	16	23	22
Intervalle libre le 2e l..	6 mois	3 mois	3 semaines
Nombre récidives	?	8	12
Age intervention	23	30	23
Remarques			
Encoche postérieure		+ moyenne	
Déformation hachettes			
Remarques			
Date intervention	25.5.60	I5.6.60	2I.7.60
Décollement capsulo-périosté	+	+	+
Lésion bourrelet			décollé luxé
Etat bord ant. glène			
Technique opératoire	Noske-Trillat	Noske-Trillat	Noske-Trillat bour. réséqué
Date renseignements	janv. 1961	nov. 1960	janv. 1961
Durée convalescence			1 mois
Récidives	0	0	0
Limitation rotation ext.	35°	0	0
Limitation mouvement	0	0	0
Instabilité	0	0	globale légère
Ressaut	0	0	0
Métier			
Sport après intervention		judo, -	natation, ski.
Remarques			

Observations n°	91
Initiales	B. Georgette
Sexe	F.
Côté	D.
Age 1ère luxation	16
Intervalle libre le 2e l.	1 an
Nombre récidives	7
Age intervention	20
Remarques	
encoche postérieure	
Déformation hachettes	+
Remarques	
Date intervention	17.8.60
Décollement capsulo-périosté	+
Lésion bourrelet	décollement
Etat bord ant. glène	
Techhique opératoire	Noske-Trillat
Date renseignements	2.2.1961
Durée convalescence	?
Récidives	0
Limitation rotation ext.	0
Limitation mouvement	?
Instabilité	?
Ressaut	?
Métier	
Sport après intervention	
Remarques	

RESULTATS

TOTAL DES INTERVENTIONS PRATIQUEES SELON LA TECHNIQUE DE NOSKE-TRILLAT RAPPORTEES DANS CE TRAVAIL : 71

TOTAL DES CAS DONT LES RESULTATS ELOIGNES ONT PU ETRE ANALYSES A LA DATE DU 1er JANVIER 1961 : 55

Analyse de ces résultats :

51 bons résultats - 4 échecs -
Limitation de la rotation externe : 11 cas (toujours très partiel)
Limitation de l'hyper flexion : 11 cas
Limitation de la rotation interne : 3 cas
Limitation de l'abduction : 1 cas
Infection post-opératoire : 0 cas
Nombre d'opérés pratiquant les sports après l'intervention : 36

Analyse des échecs :

1er cas
M.. Jean-Paul - observation n° 34 - opéré le 28.8.57 -
une seule luxation au cours d'un match de rugby à la suite d'un placage, un an et demi après l'intervention. Après cet accident, le blessé a repris ses activités sportives, n'a présenté aucune récidive, et actuellement, n'accuse aucune limitation de la rotation externe.
Dans ces conditions, nous admettons que le blessé a présenté une luxation traumatique vraie évoluant comme telle vers la guérison. Il ne s'agit pas a proprement parler, d'une rédidive de la maladie.

2ème cas
C.. Michel - observation n° 56 - opéré le 8.11.58 -
Une récidive 8 mois après l'intervention. Le malade déclare : "Au cours d'un match, ayant le bras en porte-à-faux j'ai ressenti une vive douleur, et j'ai eu l'impression d'avoir l'épaule bloquée ; j'ai fait un mouvement et tout est rentré dans l'ordre."
Ce que le malade raconte revient peut-être à un syndrome du bourrelet post-opératoire ; dans le protocole opératoire, nous ne relevons pas de résection de lésion intra-articulaire. Dans ces conditions, il ne s'agit pas, dans ce cas, d'une récidive de la maladie; si cet accident se reproduisait, cet opéré serait justiciable d'une arthrotomie exploratrice.

3ème Cas

F..Thérèse - observation n° 63 - opéré le 18.9.58 -
La malade a présenté 3 récidives et déclare : "j'ai nettement l'impression que la tête humérale a été arrêtée par le clou." Il s'agit, à notre sens, d'un échec imputable à une mise en place inefficace de la butée. Cette malade serait justiciable d'une reprise. Ce cas constitue un échec vrai.

4ème Cas

M.. Joseph - observation n° 74 - opéré le 19.3.59
4 récidives depuis 2 ans. La première survenant 2 mois et demi apres l'intervention, laquelle a présenté les caractères d'une luxation traumatique vraie. Nous pensons que ce cas-là constitue un échec.

DE L'ANALYSE DE CES 55 RESULTATS ELOIGNES IL RESSORT QUE :

1°) 2 malades seulement ont récidivé dans des conditions telles que nous avons tout lieu de croire que le montage n'a pas été effectué dans des conditions parfaites. Les 2 autres opérés qui ont présenté une récidive ne constituent pas à proprement parler, des échecs.

2°) onze malades seulement accusent une limitation minime de la rotation externe.

3°) les 2/3 d'entre eux pratiquent les sports après leur opération.

4°) aucun d'entre eux n'a présenté de suppuration post-opératoire, même latente, puisque nous ne prescrivons pas d'antibiotiques post-opératoires. Cela est redevable aux principes opératoires de la "NO TOUCH TECHNIC" que nous respectons intégralement et rigoureusement.

Ces résultats témoignent de l'efficacité du procédé opératoire de Noske-Trillat, qui, résulte de sa conception même et non d'une quelconque fibrose post-opératoire, limitant la rotation externe dont il serait responsable.
Le Docteur LESURE, chirurgien des Hopitaux de Nancy, ayant pris connaissance de cette opération lors de la relation qu'en fit Albert Trillat en 1954, à la Société de Chirurgie de Lyon, a pratiqué depuis 1956 cette intervention, 9 fois, avec 100 % de succès. Nous le remercions d'avoir eu l'amabilité de nous communiquer ces résultats, et nous signalons que cet auteur complète cette technique d'une myoraphie du sous-scapulaire.

CONCLUSIONS

1°) Les facteurs prédisposants à la luxation antérieure récidivante de l'épaule sont d'origine congénitale plutôt que traumatique.

L'affection intéresse en grande majorité des sujets se sexe masculin.

La première luxation survient en général avant l'âge de 20 ans.

2°) La luxation antérieure récidivante de l'épaule se présente sous 3 aspects cliniques.

Le premier est caractérisé par un nombre restreint de récidives (2 ou 3). et par la difficulté de la réduction des luxations.

Le second, est caractérisé par un nombre plus conséquent de récidives (dix et plus).

Le dernier est représenté par le syndrome du bourrelet, caractérisé par l'extrême fréquence des accidents qui sont presque quotidiens et qui surviennent pendant le sommeil. Il s'agit plutôt de subluxations que le malade réduit lui-même par un simple mouvement de circumduction.

3°) Thérapeutique.

La luxation antérieure récidivante de l'épaule pose un double problème :

- d'une part, un problème intra-articulaire que posent les éventuelles lésions du bourrelet, qui impliquent une arthrotomie.
- d'autre part un problème purement mécanique, posé par la nécessité de prévenir la récidive des luxations .

Trois grandes catégories d'interventions ont été proposées :

- les premières visent à limiter la rotation externe (type Putti-Platt
- les secondes visent à réfixer la capsule et le bourrelet glénoïdien sur le bord antérieur de la glène (type Bankart).
- les troisièmes visent à créer en avant de l'artixulation une butée :
  - . soit extra-articulaire (type Oudart, Gosset, Rieunaux)
  - . soit intra-articulaire (type Eden-Hybinette, Michel Latarjet)

Le procédé opératoire proposé cherche à associer les avantages des secondes et des troisièmes, sans chercher par aucun artifice de fermeture à limiter la rotation externe.

4°) Résultats :

71 cas opérés, 4 récidives.

VU LE DOYEN
Henri HERMANN

LE PRESIDENT DE THESE
Professeur GUILLEMINET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LYON le 17 MAI 1961

LE RECTEUR,

Président du Conseil de l'Université

PIERRE LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

Brav E A an evaluation of the Putti-Platt Reconstruction Proce dure for recurrent dislocation of the shoulder
J. bone joint surg - 37 A n° 4 731-741 Juillet 1955

Bankart A.S.B. the pathology and treatment of recurrent dislocation of the schoulder joint
British j. surg. 26 23-29 1938

Broca A. et Hartmann H. contribution à l'étude des luxations de l'épaule (luxation dite incomplète, décollement périostique, luxation directe et luxation indirecte)
Bulletin Société Anatomique Paris Série 5 4 312-336 1890

Délitala lussazione abituale o recidivante della spalla
trattato di tecnica ortopedica e traumatologica casa editrice dottor Francesco Vallardi Milano 1950 70-81

De Palma A.F. recurent dislocation of the shoulder joint
ann surg 1932 1052 1950

Eyre-Brook A. recurrent dislocation of the shoulder
J. Bone joint surg 30 B n° 1 39-48 1948

Gosset M.J. une technique de greffe coraco-glénoïdienne dans le traitement des luxations récidivantes de l'épaule.
Mémoire acad. chir. 86 n° 14-15 445 mai 1960

Guilleminet et Corboud discussion de la communication de Trillat
Lyon chir. n° 8 993 novembre-décembre 1954

Hill H.A. Sachs M.D. the grooved defect of the humeral head. A frequently an reconized complication of dislocation of the shoulder joint.
Radiology 35 690-700 1940

Latarjet M. Technique de la butée pré-glénoïdienne dans le traitement de la luxation récidivante de l'épaule.
Lyon chir. 54 n° 4 604-609 Juillet 1958

Magnuson P.B. Stack J.K. recurrent dislocation of the shoulder
J. am. med. Assn 123 889- 892 1943

Masmonteil F. Illouz Y.G. Luxation récidivante de l'épaule étude critique et procédés thérapeutiques
Ann. chir. (supp. semaine des hopitaux de Paris) 32 n° 12-13 1111-1118 Nov. 1956

Merle d'Aubigné R. Gauchoix J. Alkalay E. Sur le traitement de la luxation récidivante de l'épaule.
Rev. d'orthop. 37 119-124 1951

Merle d'Aubigné R. Traitement de la luxation récidivante de l'épaule par la technique de Bankart.
Mém. acad. chir. 78 n° 3 966-967 décembre 1952

Merle d'Aubigné R. A propos du traitement chirurgical des luxations récidivantes de l'épaule.
Mém. acad. chir. 82 n° 29-30 930-934 novembre 1956

Moseley H.F. An atlas of shoulder lesion
Abbot laboratories export corporation 1951 9-11

Mourgues (de) G. Opération de Oudart - 2ème manière - pour la luxation récidivante de l'épaule - excellent résultat de 10 ans.
Lyon chir. 51 n° 6 744-745 novembre-décembre 1956

Osmond-Clark H. habitual dislocation of the shoulder the Putti-Platt operation.
J. bone joint s. 30 B 19-25 194

Padovani P. A propos du traitement de la luxation récidivante de l'épaule
Mém. acad. chir. 82 n° 29-30 936-937 novembre 1956

Padovani P. Résultat de la butée coracoïdienne, pour luxation récidivante de l'épaule
rev. chir. orthop. 37 n° 5-6 513-515 octobre-décembre 1951

Palmer I. Widen-A. the bone block method for recurrent dislocation of the shoulder joint.
J. bone joint s. 30 B 53-58 1948

Rieunaux G. Gay Suskievenski Butée ostéoplastique des luxations récidivantes de l'épaule, technique personnelle.
Lyon chir. 54 n° 6 910-913 novembre 1958

Rowe prognosis in dislocation of the shoulder
J. bone joint S. 38 A 580-584 octobre 1956

Symposium on recurrent dislocation of the shoulder
J. bone joint s. 30 B 18-58 1948

Tavernier L. La luxation récidivante de l'épaule
rev. d'orthop. 16 575-619 1929

Tavernier L. Exposé des titres et travaux scientifiques Luxation récidivante de l'épaule 141-146
Lyon Societé Anonyme de l'Imprimerie A. Rey 1937

Tavernier L. La butée coracoïdienne dans le traitement de la luxation récidivante de l'épaule.
Lyon chir. 45 n° 3 363-366 1950

Trillat A. Traitement de la luxation récidivante de l'épaule - considérations techniques.
Lyon chir. 49 n° 8 986-993 novembre-décembre 1954

Toit (du) G.T. Roux D. recurrent dislocation of the shoulder a 24 years study of the Johannesburg stapling operation
J. bone joint s. 38 A n° 1 1-12 Janvier 1956

Wadson-Jones sir Reginald fracture and joint injuries
vol. 2 page 488-492 E.S. Livingstone LTD 1955.

NB.- Il n'était pas dans notre propos de faire une revue générale sur la luxation récidivante de l'épaule, Nous ne rapportons ici que la référence des travaux auxquels nous avons fait allusion.